

La salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona



C S B Consorci Sanitari de Barcelona



Agència
de Salut Pública

La salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Any 2014

Edició

Agència de Salut Pública de Barcelona, 2015

Responsables de l'edició

Cap de Servei de Sistemes d'Informació Sanitària (en funcions): Maribel Pasarin

Coordinació i redacció de l'informe: Glòria Pérez i Albert Prats.

Recollida de dades: Maitona Miranda

Responsable dels sistemes d'informació de salut sexual i reproductiva: Glòria Perez

Responsable del sistema d'informació de mortalitat: Maica Rodríguez-Sanz

Sistema d'informació SISalut: Pere Claver Llimona

Fotografia: Agència de Salut Pública de Barcelona i Fredi Roig

Agraïments

Volem agrair la col·laboració del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, de l'Institut d'Estadística de Catalunya i del CatSalut, als companys i companyes de l'Agència de Salut Pública de Barcelona que han fet possible la recollida, codificació i anàlisi de tota aquesta informació.

Cita suggerida

Pérez G, Llimona P, Rodríguez-Sanz M, Miranda M, Prats A, Pasarin M. La salut reproductiva a la ciutat de Barcelona. Any 2014. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2015.

Índex.....	3
Introducció	4
1. Planificació de l'embaràs.....	6
2. Embarassos i naixements de mares adolescents	10
3. Us de contracepció en l'adolescència	15
4. Consum de tabac durant l'embaràs	19
5. Naixements prematurs, amb baix pes i amb baix pes per l'edat gestacional.....	22
6. Mortalitat infantil i perinatal.....	27
7. Realització de cesària	32
8. Visites a obstetrícia i realització d'ecografies	35
9. Lactància materna	38

Introducció

Es presenta l'informe de salut sexual i reproductiva del 2015 a la ciutat de Barcelona i dels seus districtes i barris a partir de les dades dels Sistemes d'Informació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i d'altres institucions com el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, de l'Institut d'Estadística de Catalunya.

Els indicadors seleccionats es basen en les recomanacions de l'EURO-PERISTAT (1) i de la OMS(2).

Aquest informe presenta les dades més actualitzades dels sistemes d'informació de Salut Sexual i Reproductiva de l'ASPB, i alhora que inclou els resultats de la recerca científica que es realitza a l'ASPB i que contribueix a conèixer millor la salut sexual i reproductiva de la ciutat.

Els aspectes de la salut sexual i reproductiva que es presenten en aquesta ocasió són :

Planificació familiar

1. Planificació de l'embaràs actual
2. Embarassos de dones adolescents
3. Us de contracepció en la adolescència

Salut materna, fetal, neonatal i infantil

4. Consum de tabac durant l'embaràs
5. Naixement prematur, amb baix pes i amb baix pes per l'edat gestacional
6. Mortalitat perinatal i infantil

Atenció sanitària durant l'embaràs i part

7. Realització de cesària
8. Visites a Obstetrícia i realització d'ecografies
9. Lactància materna

En cada un d'aquests apartats es presenta una breu introducció, les fonts d'informació utilitzades, la definició dels indicadors, els resultats, les limitacions i les referències bàsiques. Els resultats detallats, així com els manuals d'elaboració i anàlisi de les dades sobre la salut sexual i reproductiva de la ciutat de Barcelona, es poden consultar a la web de l'ASPB (http://www.aspb.cat/quefem/documents_estadistiques.htm)

REFERENCIES

(1) EURO-PERISTAT. EURO-PERISTAT Indicators of perinatal health. Accessible a: <http://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html#footer>

(2) OMS. Sexual and reproductive health. Highlights topics. Accessible a: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/en/>

Planificació familiar

1. Planificació de l'embaràs

A Barcelona, l'any 2014, la fertilitat es manté estable i els avortaments disminueixen en les dones en edat fèrtil. Bona part dels embarassos d'aquestes dones (71%) donen lloc a un naixement, si bé el 29% dels embarassos acaben en un avortament.

De la mostra de dones amb naixements de Barcelona del 2014, el 17,5% declaren que l'actual no era un naixement planificat.

INTRODUCCIÓ

La capacitat d'escollir quan tenir fills és un aspecte fonamental de la salut reproductiva. Permet la participació social i econòmica de les dones i el control sobre la seva trajectòria vital (1). La disponibilitat i accessibilitat a l'anticoncepció als països desenvolupats minimitza el risc d'embaràs no planificat, si bé la utilització adequada de mètodes anticonceptius eficaços també comporta un risc mínim d'embaràs (2). La gran majoria d'embarassos no planificats i no desitjats es deuen a la incorrecta o a la no utilització dels anticonceptius eficaços. Una part d'aquests embarassos acaben en avortaments i una altra donen lloc a naixements.

FONTS D'INFORMACIÓ

Les fonts d'informació són:

- Els naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).
- Les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
- L'Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Aquesta enquesta es realitza anualment a una mostra d'unes 400 mares residents i amb un naixement en els centres sanitaris de la ciutat.
- La població del Padró d'habitants de la ciutat de Barcelona (Departament d'Estadística de Barcelona).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

- La *taxa embarassos globals* en edat fèrtil es el nombre avortaments sumats als naixements i dividit per la població de dones de 15 a 49 anys per 1.000.
- La *taxa de fecunditat* en dones en edat fèrtil es el nombre de nascuts vius dividit per la població de dones de 15 a 49 anys per 1.000.

- La *taxa d'IVE* en edat fèrtil es el nombre avortaments dividit per la població de dones de 15 a 49 anys per 1.000.

Un embaràs no planificat i no desitjat és aquell en què la dona no pretenia quedar-se embarassada en el moment en què es va produir l'embaràs, tant si feia servir mètodes anticonceptius com si no (3, 4).

- El *percentatge d'avortaments per cada 100 embarassos* és l'indicador dels embarassos no planificats del total d'embarassos.
- En els naixements hi ha un percentatge que no són planificats (5). A l'ESMI-BCN es pregunta a les mares que han tingut un naixement si era un embaràs planificat i desitjat. A partir d'aquesta pregunta s'obté *el percentatge d'embarassos no planificats per 100 embarassos que acaben en un naixement* (5).

RESULTATS

L'any 2014 es van produir a Barcelona 19.642 embarassos en dones en edat fèrtil (51,4 embarassos per 1.000 dones de 15 a 49 anys) dels quals 13.984 van ser naixements (36,6 naixements per 1.000 dones en edat fèrtil) i 5.658 van ser IVE (14,8 per 1.000 dones en edat fèrtil).

Des de la davallada que es va produir l'any 2009, la fecunditat s'ha mantingut estable. En canvi, les IVE que havien crescut fins l'any 2008 mantenint-se estables fins aquest any que disminueixen (Figura 1).

Bona part dels embarassos en dones en edat fèrtil (71%) acaben en un naixement i, per tant, el 29% acaben en una IVE. La manca de planificació de l'embaràs és més freqüent entre les dones que provenen de països de renda baixa, si bé mostra una tendència a disminuir i en aquest moments representa el 35% dels embarassos (Figura 2).

Per districtes, les dones en edat fèrtil dels districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris són les que presenten un percentatge d'embaràs no planificat, lleugerament superior al de la ciutat (Figura 3).

Segons l'ESMI-BCN del 2014, 17,5% de dones que han tingut un naixement en aquest any declaren que l'actual no era un embaràs planificat. De les dones que han tingut un naixement i que no havien planificat aquest embaràs, el 57,5% estaven utilitzant algun mètode anticonceptiu (anticonceptius orals, preservatiu, DIU etc.) que devia haver estat mal utilitzat o fallar.

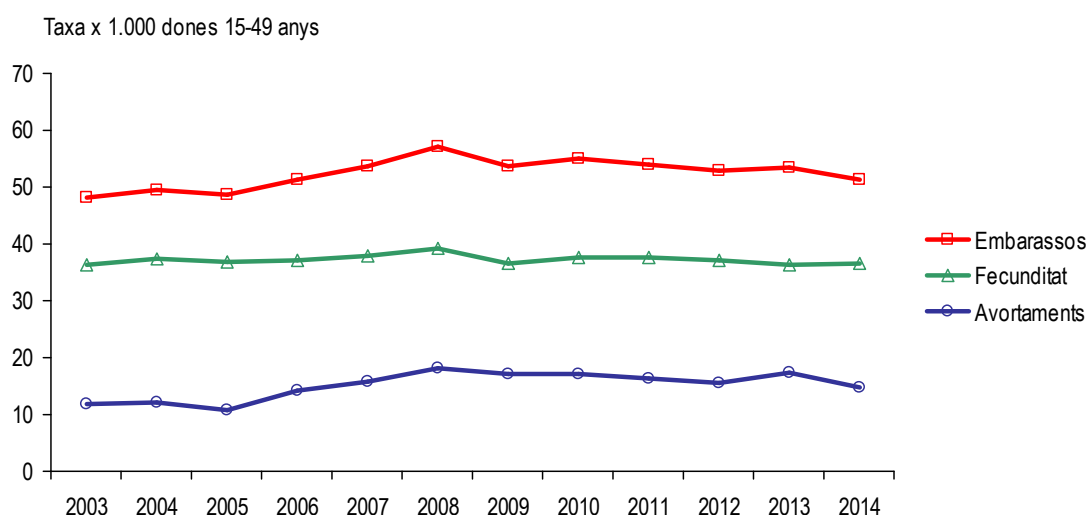
LIMITACIONS

El país d'origen de les dones no es va incorporar al sistema d'informació d'IVE fins l'any 2008 fins que es va poder unificar per a totes les CCAA de l'Estat espanyol.

REFERÈNCIES

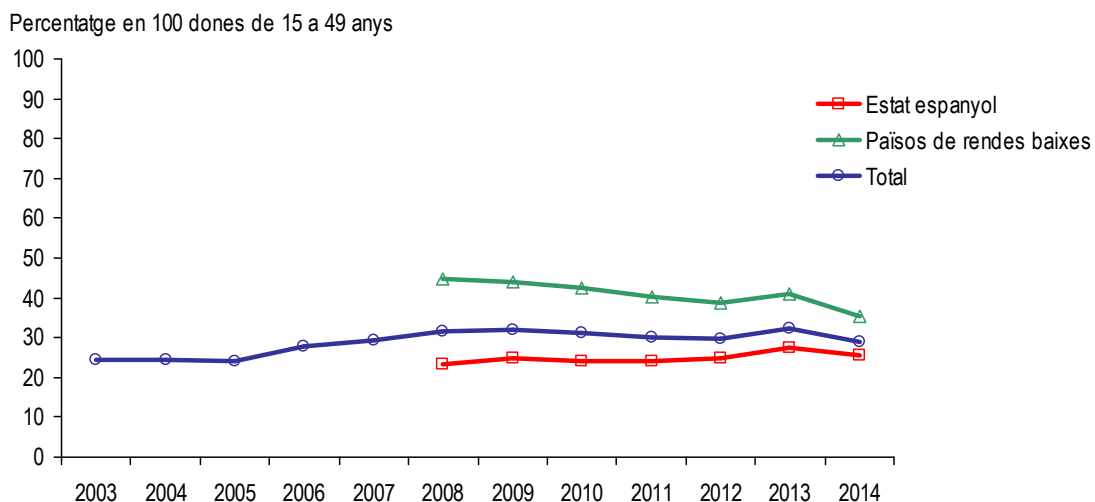
- (1) Pillai VK, Gupta R. Cross-national analysis of a model of reproductive health in developing countries. Soc Sci Res. 2010;35:210-227.
- (2) Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. Contraception. 2010 10;82(4):337-344.
- (3) Fischer RC, Stanford JB, Jameson P, DeWitt MJ. Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. J Fam Pract. 1999 02;48(2):117-122.
- (4) Klerman LV. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. Matern Child Health J. 2000 09;4(3):155-162.
- (5) Font-Ribera L, Perez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and in pregnancy outcomes. J Urban Health. 2008;85(1):125-35.

Figura 1. Evolució anual de la fecunditat, de les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) i els embarassos en dones de 15 a 49 anys. Barcelona 2003-2014



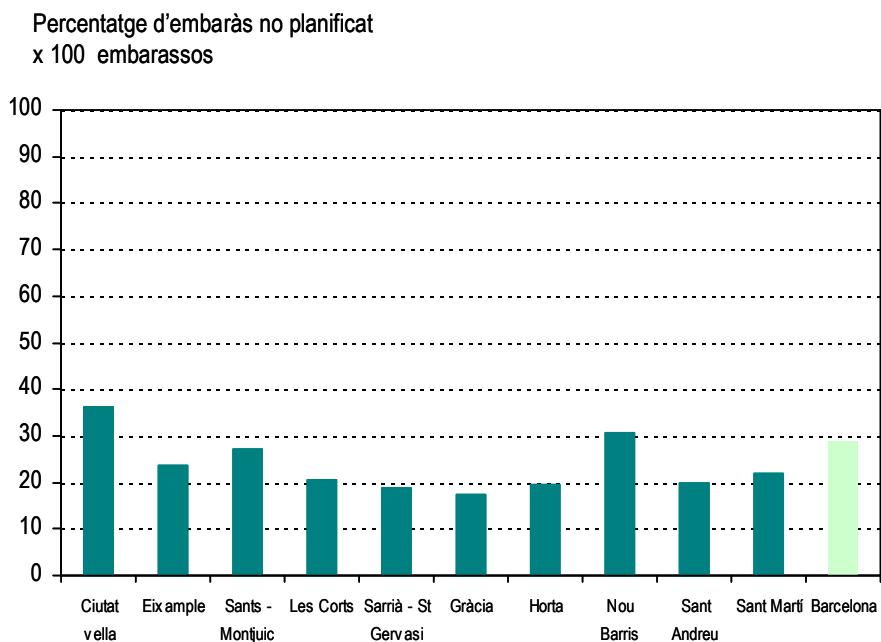
Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Departament de salut.

Figura 2. Evolució de l'embaràs no planificat en dones de 15 a 49 anys segons país d'origen. Barcelona, 2003-2014.



Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Departament de salut.

Figura 3. Distribució dels embarassos no planificats en dones de 15 i 49 anys als districtes de la ciutat. Barcelona, 2014



Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Departament de salut.

2. Embarassos i naixements de dones adolescents

A Barcelona, tant els avortaments com la fecunditat de les dones adolescents, disminueixen en l'any 2014 situant-se en xifres inferiors als anys 2003 i 2004. La disminució dels avortaments no va seguit d'un augment de la fecunditat, és a dir, les dones adolescents redueixen els embarassos no planificats. Davant un embaràs, la interrupció de l'embaràs és més freqüent entre les dones adolescents residents al districte de Sarrià - Sant Gervasi i el naixements en les dones adolescents de Nou Barris.

ANTECEDENTS

Segons UNICEF (1), la prevenció dels embarassos no desitjats permet a les dones adolescents finalitzar l'educació i adquirir els coneixements fonamentals per al creixement personal.

D'altra banda, les dones més joves de classes socials desfavorides són les que més freqüentment tenen un embaràs no desitjat i no planificat (2) i les que tenen una taxa més alta d'avortaments (3, 4).

FONTS D'INFORMACIÓ

S'utilitzen tres fonts d'informació:

- Els Naixements, de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).
- Les IVE, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- La població del Padró d'habitants de la ciutat de Barcelona (Departament d'Estadística de Barcelona).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

- La *taxa de fecunditat* en dones de 15 a 19 anys es el nombre de nascuts vius dividit per la població de dones de 15 a 19 anys per 1.000.
- La *taxa d'IVE* en edat fèrtil es el nombre avortaments dividit per la població de dones de 15 a 19 anys per 1.000.
- La *taxa d'embarassos de dones de 15 a 19 anys* es defineix com el nombre de nascuts vius de dones de 15 a 19 anys i IVE en dones de 15 a 19 anys per cada 1.000 dones en la edat.

RESULTATS

A Barcelona, tant les IVE com la fecunditat de les dones adolescents, disminueixen en l'any 2014 situant-se en taxes inferiors als anys 2003 i 2004. La taxa d'IVE va ser 15,4 per 1.000 dones de 15 a 19 anys i la de fecunditat 6,14 per 1.000 dones de 15 a 19 anys. La disminució de les IVE no va seguir d'un augment de la fecunditat, és a dir, les dones adolescents redueixen els embarassos no planificats (Figura 1).

Les dones nascudes a l'Estat espanyol presenten una major freqüència d'IVE del total d'embarassos en comparació amb les dones originàries de països de rendes baixes.

L'evolució mostra una situació estable entre 2008 i 2014 (Figura 2).

Resultats en el territori

En les dones adolescents de la ciutat, el 71,5% dels embarassos són no planificats ja que acaben en una IVE. Per districtes, hi ha una forta variabilitat, mentre que al districte de Sarrià - Sant Gervasi, el 92% dels embarassos en dones adolescents va acabar en una IVE, al districte de Nou Barris, el 52% d'aquests embarassos adolescents va acabar en una IVE (Figura 3). La resta d'embarassos (28,5%) finalitzen en un naixement.

La distribució de la fecunditat en dones adolescents no es homogènia a la ciutat, mostrant un patró lligat a la pobresa dels barris. Els barris de Vallbona, Torre Baró, Trinitat Nova, Ciutat Meridiana i Roquetes del districte de Nou Barris, els barris de Baró de Viver a Sant Andreu, el barri de la Marina del Prat Vermell en el districte de Sants – Montjuïc i el barri del Besos i Maresme en el districte de Sant Martí són els barris que presenten una major freqüència de naixements en dones adolescents (Figura 4).

Els districtes de Ciutat Vella, Sants – Montjuïc i Nou Barris mostren la taxa de fecunditat adolescent més alta i per sobre de la de la ciutat des de 2003 a 2014, tot i que en el darrer any el districte de Sants - Montjuïc s'acosta a les xifres de la ciutat i Ciutat Vella mostra una tendència decreixent des de l'any 2007 (Figura 5). En l'altre extrem es troba el districte de Sarrià – Sant Gervasi que és el districte amb la taxa de fecunditat més baixa de la ciutat i que es manté en aquesta posició des de l'any 2003.

LIMITACIONS

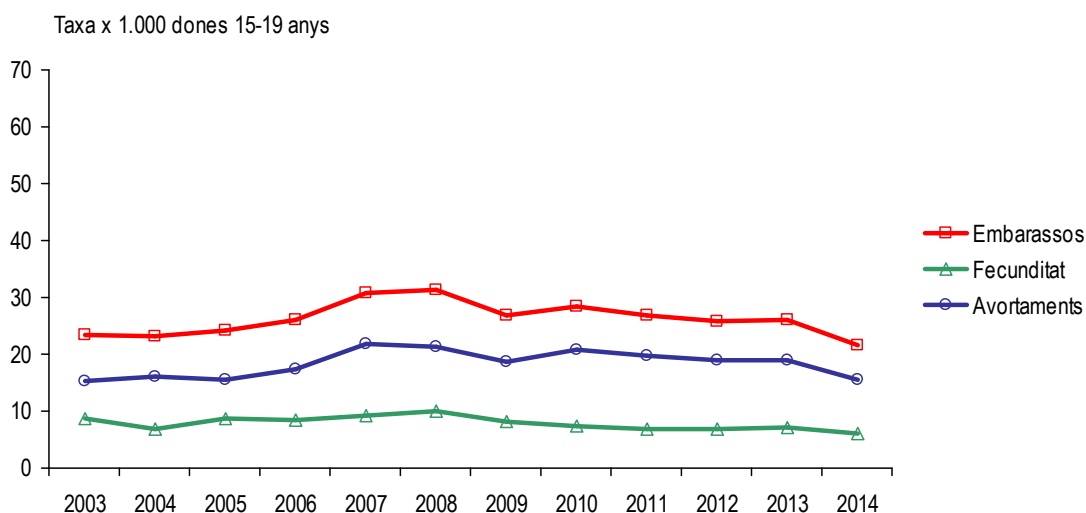
La selecció de casos d'IVE de dones residents a la ciutat de Barcelona es fa a partir de la declaració de residència a la ciutat de les dones. L'adjudicació dels casos als districtes de residència es fa a partir dels codis postals autodeclarats. L'equivalència entre codis postals i districtes no és exacte i els casos es distribueixen proporcionalment. D'altre banda, els codis postals no estan sotmesos a control de qualitat per la qual cosa hi ha un percentatge de casos amb codi postal erroni o que clarament pertanyen a altres poblacions. És per això que no es mostren les taxes d'IVE o d'embarassos per divisions territorials de la ciutat.

En les figures evolutives per districtes es mostren fluctuacions degudes a la variabilitat en el nombre de casos anuals. Cal interpretar-ho amb cura.

REFERÈNCIES

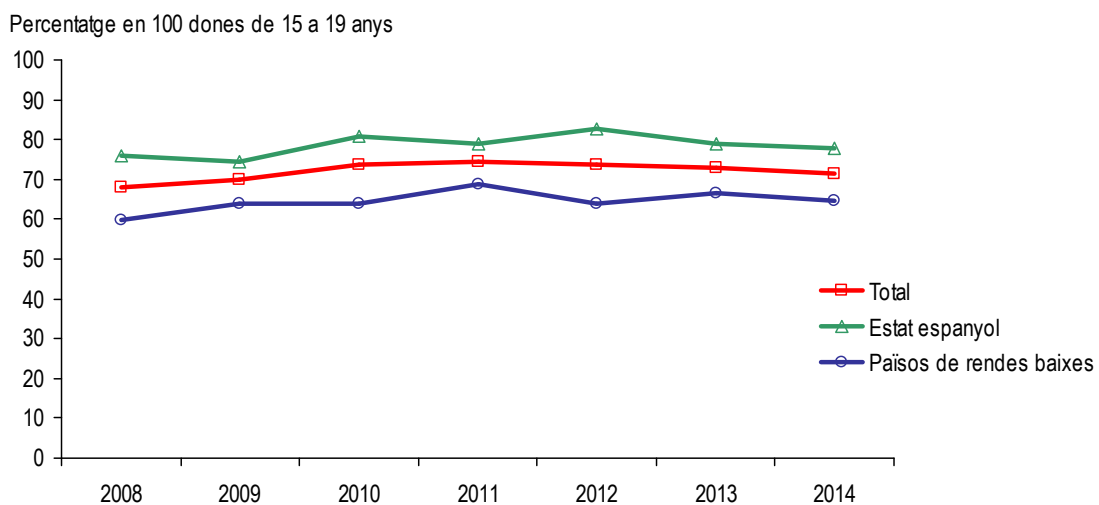
- (1) UNICEF. 'A league table of teenage births in rich nations', Innocenti Report Card No.3, July 2001. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. Accesible a: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>
- (2) Font-Ribera L, Perez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and in pregnancy outcomes. J Urban Health. 2008;85(1):125-35.
- (3) Perez G, García-Subirats I, Rodríguez-Sanz I, Díez E, Borrell C. Trends inequalities in induced abortion according to educational level among urban women. J Urban Health 2010;87(3):524-30.
- (4) Malmusi D, Pérez G. Aborto legal en mujeres inmigradas en un entorno urbano. Gac Sanit 2009;23 Suppl 1:64-6.

Figura 1. Evolució dels embarassos, els naixements i les Interrupcions voluntàries de l'embaràs en dones de 15 a 19 anys als districtes de la ciutat els anys 2003-2014, Barcelona.



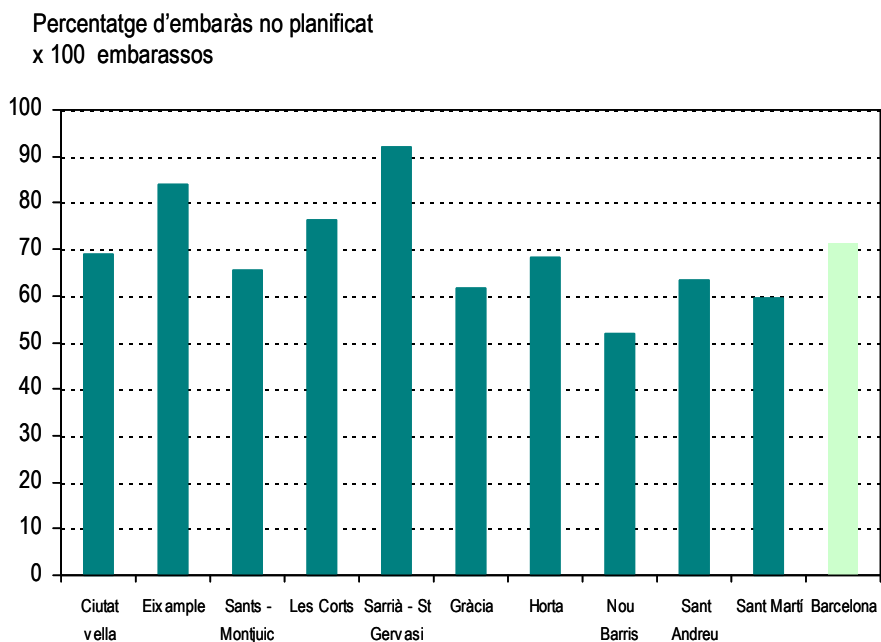
Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Departament de salut.

Figura 2. Evolució dels embarassos no planificats en dones de 15 a 19 anys segons país d'origen. Barcelona 2008-2014.

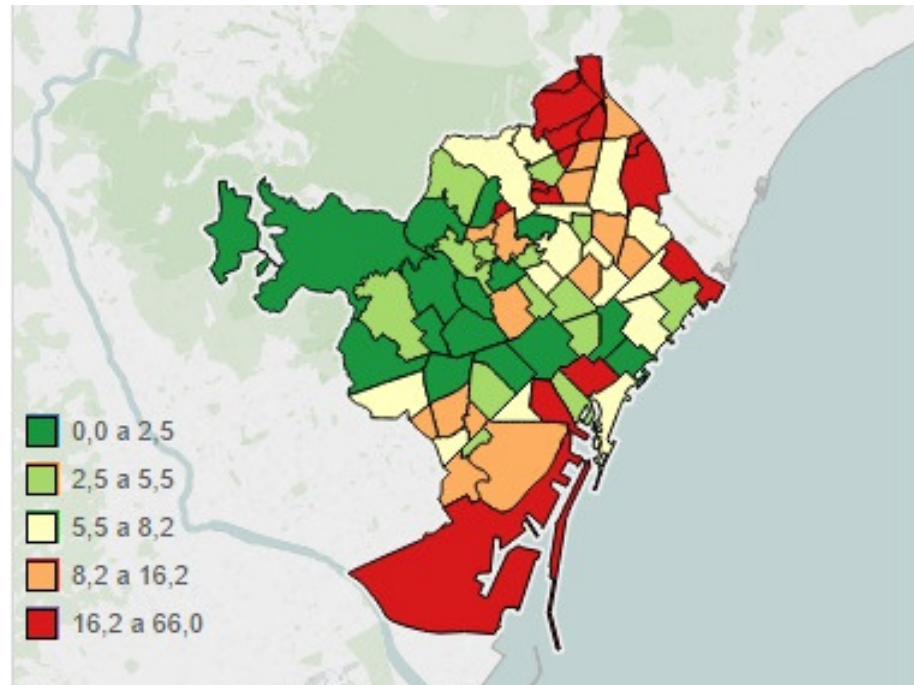
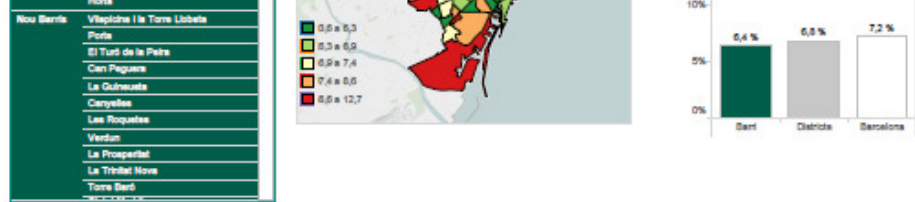


Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Departament de salut.

Figura 3. Distribució dels embarassos no planificats en dones de 15 a 19 anys als districtes de la ciutat. Barcelona, 2014

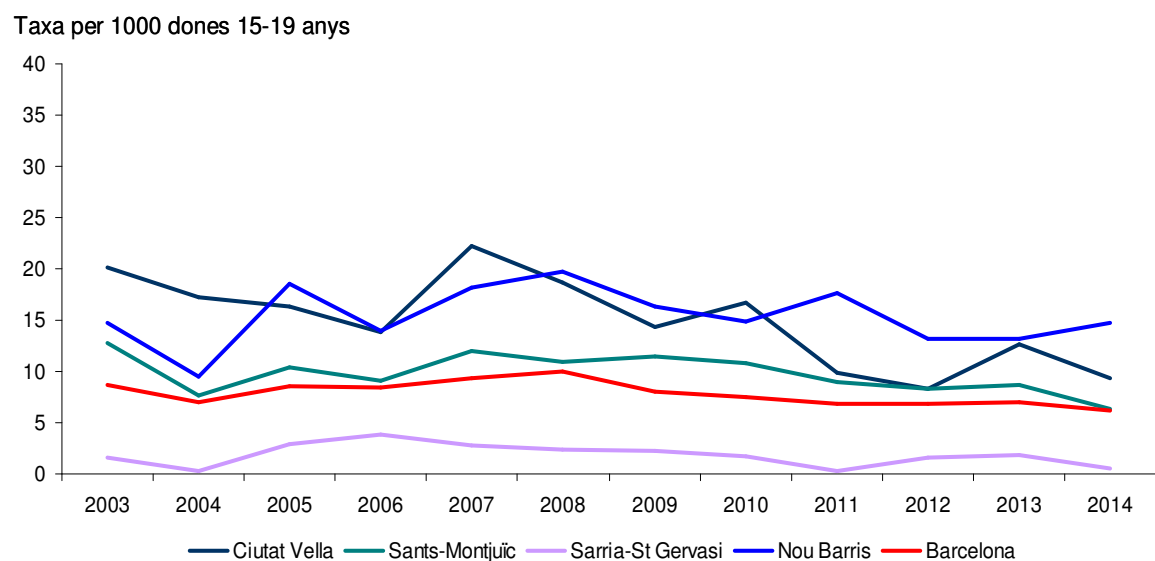


Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Departament de salut.



Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Figura 5. Evolució de la fecunditat en dones de 15 a 19 anys dels districtes amb taxes més altes i més baixes i a la ciutat, els anys 2003-2014, Barcelona.



Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

3. Us de contracepció en l'adolescència

A Barcelona, entre els anys 2004 i 2012, es va produir un descens en l'ús del preservatiu en els i les adolescents, passant de 80,5% l'any 2004 fins al 68,3% l'any 2012. El descens és més marcat en els i les joves de classe social més desfavorida.

INTRODUCCIÓ

L'ús correcte del preservatiu en les relacions sexuals amb penetració és una forma efectiva de prevenir les malalties de transmissió sexual i els embarassos no desitjats en totes les edats (1). S'han descrit desigualtats socials en l'ús de preservatiu (2) i les tendències en les desigualtats en el seu ús amb resultats contradictoris, mentre que a Estats Units va augmentar en totes les classes social i es van mantenir les desigualtats (3), en Suècia l'ús de preservatiu va augmentar sense que apareguessin desigualtats socials (4).

FONTS D'INFORMACIÓ

Les Enquestes FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) de diversos anys de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (5).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

A partir de la pregunta "Quin mètode vas fer servir en la teva darrera relació sexual amb penetració?" en l'enquesta FRESC es descriu *la prevalença d'ús de preservatiu* en nois i noies escolaritzades a 2n Batxillerat i Cicles Formatius de Grau Mig que declaren haver utilitzat el preservatiu com a mètode anticonceptiu en la darrera relació sexual amb penetració dels que han mantingut relacions sexuals. Aquesta prevalença es va mesurar segons el nivell socioeconòmic del barri on estudiaven i segons si les escoles eren públiques o concertades i privades.

RESULTATS

Entre els anys 2004 i 2012, es va produir un descens en l'ús del preservatiu en els i les adolescents de la ciutat de Barcelona. La prevalença en l'ús del preservatiu durant aquest període de temps va passar del 80,5% l'any 2004 fins al 68,3% l'any 2012.

També hi ha diferències en l'ús de preservatiu entre nois i noies, conclouent que l'ús del preservatiu per part de les noies en les seves relacions és menys freqüent (el 64,7% de les

noies enquestades l'any 2012 afirmava haver utilitzat condó durant la seva última relació enfront el 76,2% dels nois) (6).

El descens és més marcat en els i les joves de classe social més desfavorida. Els nois pertanyents a un baix nivell socioeconòmic van reduir en un 20 punts percentuals l'ús del preservatiu, passant del 91% l'any 2004 al 69% el 2012. De manera no tan dràstica, però també preocupant, és el descens en el cas dels nois que estudien a escoles concertades i privades, on el número de nois que afirmaven haver utilitzat condó durant la seva última relació sexual va disminuir en un 10 punts percentuals.

En les noies, les tendències són similars, tot i que el descens no és tan visible. Entre 2004 i 2012, un 16% més de les noies pertanyents a un baix nivell socioeconòmic afirmava no haver utilitzat preservatiu durant la seva última relació sexual (6).

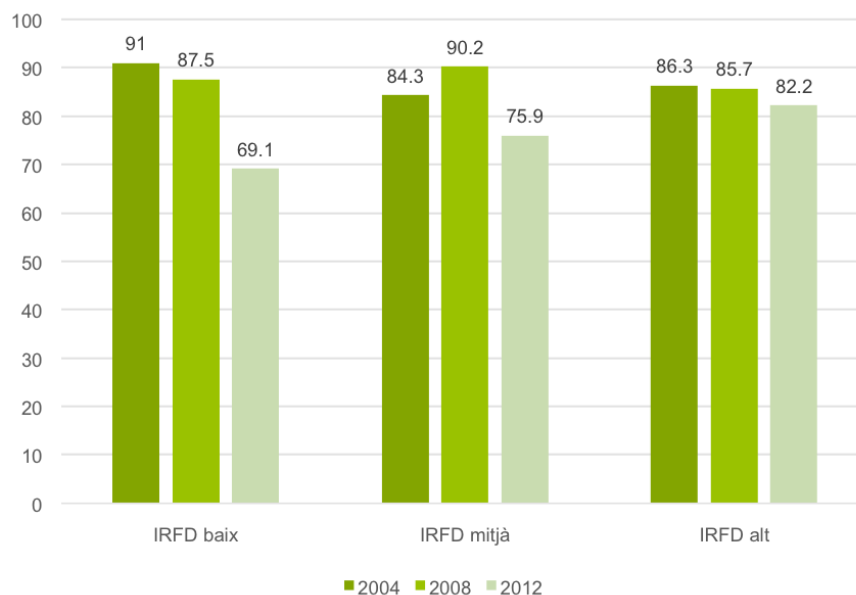
LIMITACIONS

Una limitació és que es recull informació sobre l'ús de preservatiu durant la darrera relació sexual amb penetració, sense tenir informació sobre els hàbits d'ús en un termini més llarg. Una altra limitació és que s'utilitza l'Índex de Renda Familiar Disponible (IRFD) del barri de l'escola on estan escolaritzats els nois i noies que no és una mesura individual, de tota manera, la renda familiar disponible que és una bona aproximació a nivell socioeconòmic de la família.

REFERÈNCIES

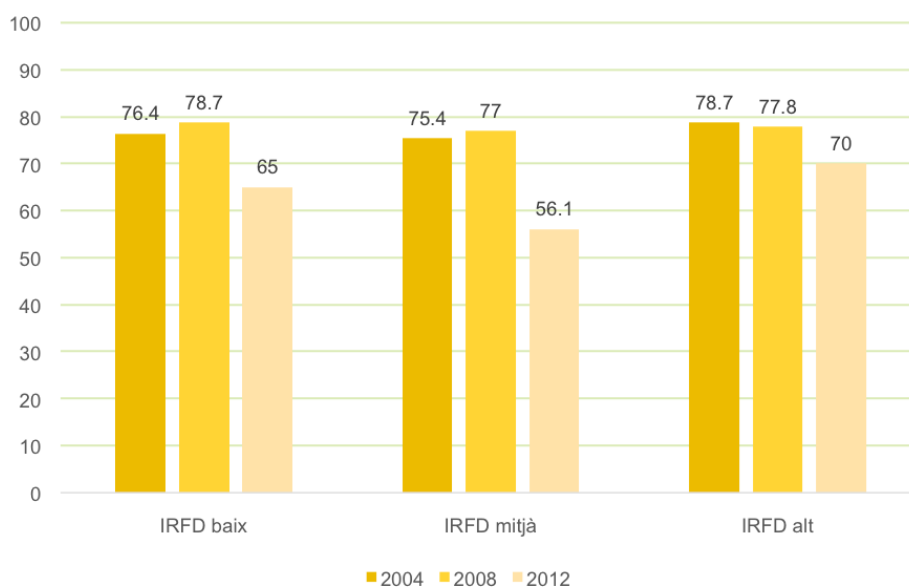
- (1) Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ*. 2004;82(6):454–461.
- (2) Hoyos RC, Sierra AV. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Rev Salud Pública*. 2001;35(6):531–538.
- (3) Besharov DJ, Gardiner KN. Trends in teen sexual behavior. *Child Youth Serv Rev*. 1997;19(5-6):341–367.
- (4) Lindh I, Blohm F, Andersson-Ellström A, Milsom I. Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population. *Contraception*. 2009;80(2):163–169. :
- (5) Pérez A, Garcia-Continente X, Grup col·laborador enquesta FRESC 2012. Informe FRESC 2012: 25 anys d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2013 [Internet]. Available from: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Informe_FRESC_2012.pdf
- (6) Alvarez-Bruned L, Garcia-Continente X, Gotsens M, Peres A, Perez G. Trends inequalities in the use of condom by urban teenagers in Spain. *J Urban Health*. 2015; 92(6): 1065-1080.

Figura 1. Evolució de l'ús de preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració en els nois de 2n de Batxillerat i cicles formatius segons l'índex de renda familiar disponible (IRFD). Barcelona, 2004, 2008 i 2012.



Font: Enquesta FRESC, 2004, 2008 i 2012 de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Figura 2. Evolució de l'ús de preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració en els noies de 2n de Batxillerat i cicles formatius segons l'índex de renda familiar disponible (IRFD). Barcelona, 2004, 2008 i 2012.



Font: Enquesta FRESC, 2004, 2008 i 2012 de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i (6)

Salut materna, fetal, neonatal i infantil

4. Consum de tabac durant l'embaràs

A Barcelona, el percentatge de dones fumadores abans de saber si estaven embarassades va ser del 18% i va disminuir a 10% en el primer trimestre d'embaràs i a 5% en el tercer trimestre d'embaràs.

Els resultats de l'any 2014 mostren un tendència a la millora en al cessació de l'hàbit tabàquic durant l'embaràs.

INTRODUCCIÓ

L'exposició al tabac durant l'embaràs és un factor de risc important per a la salut del lactant. Els efectes de l'exposició prenatal al tabac inclouen l'avortament espontani, embaràs ectòpic, insuficiència placentària, baix pes en néixer, restricció del creixement fetal, part prematur, malaltia respiratòria infantil i problemes de comportament (1).

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

El consum de tabac matern durant l'embaràs és definit com el nombre de dones embarassades que fumen cigarretes durant l'embaràs, expressat com una proporció de totes les dones embarassades que han tingut un naixement.

RESULTATS

L'any 2014, el 18% de les dones que van ser mares fumaven abans de saber que estaven embarassades. El 10% d'aquestes dones van fumar durant l'embaràs, essent el percentatge més alt en el primer trimestre (10%) reduint-se a 7% en el segon trimestre i al 5% en el tercer trimestre.

D'altra banda, l'evolució del percentatge de mares que fumen ha estat molt positiva passant d'aproximadament el 40% en el bienni 1992- 1993, per a situar-se en el 10% en el 2014 (Figura 1) confirmant així que l'embaràs és un moment de gran motivació per la cessació (2) a més que la prevalença de l'hàbit tabàquic també està disminuint en el conjunt de la població.

Entre les mares fumadores també és positiu l'augment de les dones que abandonen l'hàbit durant la gestació. L'any 2013, el 47,6% de les embarassades deixen de fumar durant l'embaràs. (Taula 1).

Les dones fumadores declaren fumar una mediana de 8 cigarretes al dia abans de saber que estan embarassades i durant els trimestres de l'embaràs aquest nombre es redueix a 3-4 cigarretes al dia en el primer i segon trimestre d'embaràs i a 3 al dia en el tercer trimestre. Pel que fa a les parelles, el 24% de les dones que van ser mares tenen una parella fumadora amb una mediana de 10 cigarretes al dia.

LIMITACIONS

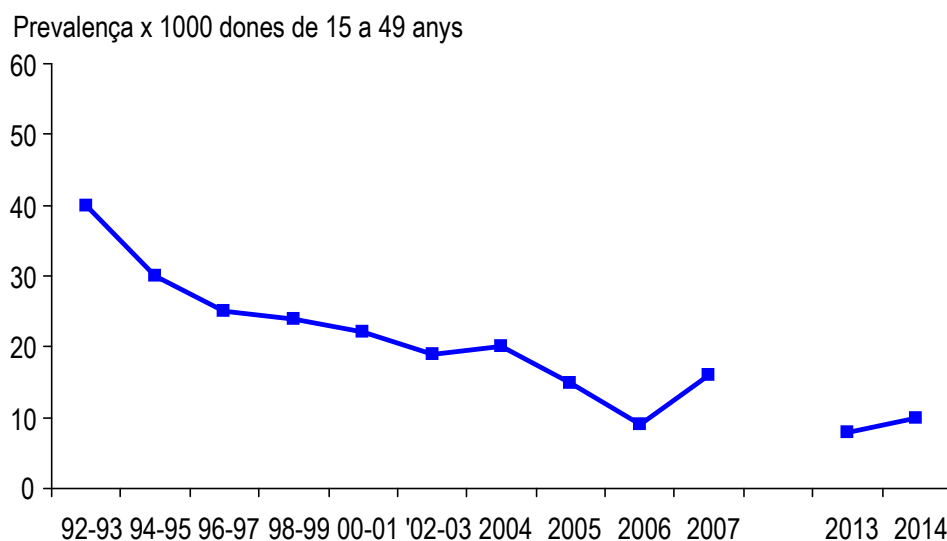
Es desconeix si la parella va variar l'hàbit tabàquic durant l'embaràs. Existeix la possibilitat de biaix de desitjabilitat social, tot i que les preguntes sobre el consum de tabac formen part del qüestionari confidencial.

Caldrà comprovar l'evolució del percentatge d'abandonament tabàquic durant la gestació amb les dades de 2015, ja que mostra una forta variabilitat en els anys 2013 i 2014.

REFERÈNCIES

- (1) Keegan J1, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. J Addict Dis. 2010;29(2):175-91..
- (2) Jané M, Nebot M, Badí M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC, Querol A, Cabero L. Determinantes de la cesación de fumar durante el embarazo. Med Clin (Barc). 2000;114(4):132-5.
- (3) Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona. Informe anual 2008. Accessible a:
http://www.aspb.cat/quefem/docs/REDCB_WEB_2008.pdf
- (4) Salvador J, Villalbí JR, Nebot M, Borrell C. Tendencias en la exposición al tabaquismo durante la gestación: Barcelona, 1994–2001
An Pediatr.2004;60:139-41.

Figura 1. Evolució de la prevalença de hàbit tabàquic durat l'embaràs. Barcelona, 1992-2014.



Font: Les dades dels anys 1992 fins 2007 s'han obtingut del Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona. Informe anual 2008 (3).

Taula 1. Evolució de la prevalença d'abandonament de l'hàbit tabàquic durant la gestació a Barcelona, 1994-2013.

	Fumadores abans de l'embaràs	Embarassades que deixen de fumar durant l'embaràs	Percentatge
1994*	128	54	42,2
1995	103	43	41,7
1996	95	39	41,1
1997	98	46	46,9
1998	93	43	46,2
1999	107	47	43,9
2000	90	31	34,4
2001	71	28	39,4
2013**	124	88	71,0
2014***	84	44	47,6

Font: Les dades 1994-2001 provenen del Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona (4). * entre 1994 i 2001 la mostra era del voltant de 200 casos **tamany mostrat 440 casos ***tamany mostrat 459 casos.

5. Naixements prematurs, amb baix pes i amb baix pes per l'edat gestacional

A Barcelona, els resultats adversos de l'embaràs mostren prevalences estables en els darrers anys. Tot i això existeixen diferències per país d'origen de les dones ja que les dones nascudes a l'Estat espanyol tenen una prevalença de baix pes en néixer major que les nascudes en països de rendes baixes.

Els resultats adversos de l'embaràs mostren una distribució desigual en els barris de la ciutat, essent els barris de la zona Nord de la ciutat els que tenen majors prevalences de baix pes en néixer, prematuritat i el baix pes per edat gestacional en el percentil 10.

INTRODUCCIÓ

Tant el baix pes en néixer com la prematuritat són bons indicadors de l'estat de salut de la població general i tots dos estan fortament associats amb la mortalitat fetal i neonatal, així com la mortalitat postneonatal i infantil, ja que entre el 60% i el 80% de les morts infantils sense defectes congènits estan relacionades amb aquests resultats adversos de l'embaràs(1,).

A Barcelona, s'han descrit desigualtats socioeconòmiques del baix pes en néixer en els districtes de la ciutat i barris (2, 3) i tenint en compte el país d'origen de les mares (4). Tots els estudis mostraven que les zones més desfavorides de la ciutat presentaven pitjors resultats de l'embaràs. D'altra banda, el país d'origen de la mare, l'edat i la paritat estan fortament associades a la presència de resultats adversos de l'embaràs tot i tenir en compte el nivell socioeconòmic del lloc de residència.

El pes per edat gestacional és un indicador que relaciona el pes en néixer del nadó i les setmanes de gestació, amb el propòsit de fer una valoració més acurada de l'estat de salut, tant individual (nadó) com de la població neonatal. Per realitzar-la de forma fiable cal obtenir les corbes de referència que relacionen el pes en néixer i l'edat gestacional del nadó en la nostra població (5), ja que les derivades d'altres poblacions poden no adaptar-se bé i, per tant, dificultar la identificació del nadó amb risc. Les corbes relacionen el pes en néixer i l'edat de gestació de manera que informen sobre els nadons que tenen un pes en néixer inferior al que els hi correspondria per les setmanes de gestació independentment de si són prematurs.

A Catalunya es disposa de les taules de creixement intrauterí poblacional i són les que fem servir per a calcular el pes per edat gestacional en els percentils 10 i 3 (6).

FONTS D'INFORMACIÓ

Per calcular la prevalença de resultats adversos de l'embaràs s'utilitza com a font d'informació els Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

Els indicadors que s'analitzen en aquest apartat són:

- *Prevalença de baix pes en néixer* per 100 naixements. Es defineix baix pes en néixer com aquell inferior a 2500 grams.
- *Prevalença de prematuritat* per 100 naixements. Es defineix prematuritat com aquells naixements de menys de 37 setmanes de gestació.
- *Prevalença de baix pes per edat gestacional*. Es defineix baix pes per l'edat gestacional a partir dels casos situats per sota del percentil 3 o del 10, basats en les corbes de referència per Catalunya (6).

RESULTATS

La situació actual dels resultats adversos de l'embaràs a la ciutat de Barcelona és força estable al voltant del 7% ja des de fa uns anys. Al 2014, la prevalença de baix pes en néixer és de 7,4%, la de prematuritat és de 6,5% i la de baix pes per l'edat gestacional en el percentil 10 és de 6,8% (Figura 1).

Les dones nascudes a l'Estat espanyol tenen una prevalença de baix pes en néixer major que les nascudes en països de rendes baixes, no obstant les primeres mostren un tendència molt estable al llarg dels anys, mentre que en les segones existeix una major variabilitat del baix pes en néixer (Figura 2).

El baix pes en néixer és més prevalent en els barris de la zona Nord de la ciutat com mostra la Figura 3, amb barris amb prevalences de baix pes en néixer superiors a 12%. El mateix succeeix amb la prematuritat (Figura 4) i el baix pes per edat gestacional en el percentil 10 (Figura 5).

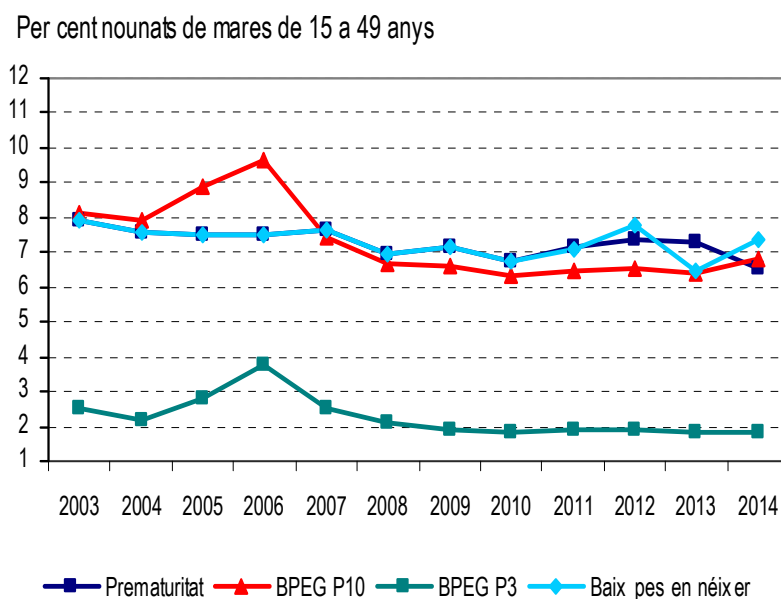
LIMITACIONS

El baix nombre de nounats amb efectes adversos de l'embaràs obliga a agregar anys per analitzar per barris per a tal d'obtenir indicadors més estables per analitzar per barris. Cal interpretar amb cura els indicadors anuals.

REFERÈNCIES

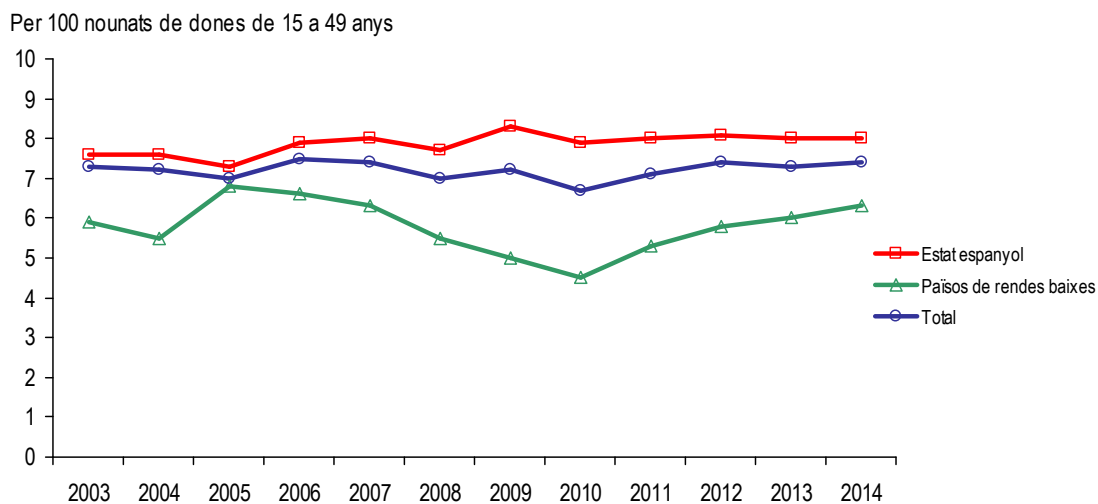
- (1) Kramer MS, Platt R, Yang H, Joseph KS, Wen SW, Morin L *et al.* Secular trends in preterm birth: a hospital-based cohort study. JAMA. 1998;280:1849-54.
- (2) Nebot M, Rohlf I, Diez E, Valero C. Maternidad en adolescentes de alto riesgo social. Aten Primaria. 1993;11:213-7.
- (3) Nebot M, Diez E, Benaque A, Borrel C, Grupo de Trabajo de Salud Materno-Infantil del Instituto Municipal de la Salud de Barcelona. Maternidad en adolescentes en los distritos y barrios de Barcelona: asociación con el nivel socioeconómico y prevalencia de bajo peso al nacer. Aten Primaria. 1997;19:449-54.
- (4) Garcia-Subirats I, Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Ruiz Muñoz D, Salvador J. Neighbourhood inequalities in adverse pregnancy outcomes in an urban setting in Spain: a multilevel approach. J Urban Health. 2012;89(3):447-63.
- (5) Ramos F, Pérez G, Jané M, Prats R. Construction of the birth weight by gestational age population reference curves of Catalonia (Spain): Methods and development. Gaceta Sanitaria 2009; 23(1): 76-81.
- (6) Departament de Salut. Generalitat de Catalunya Corbes de referència de pes, perímetre cranial i longitud en néixer de nounats d'embarassos únics, de bessons i de trigèmins a Catalunya. Accessible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2392/corbesdef3.pdf>

Figura 1. Evolució anual dels resultats de l'embaràs (prematuritat, baix pes en néixer i baix pes per edat gestacional en el percentil 3 i 10 en dones en edat fèrtil a Barcelona 2000-2013



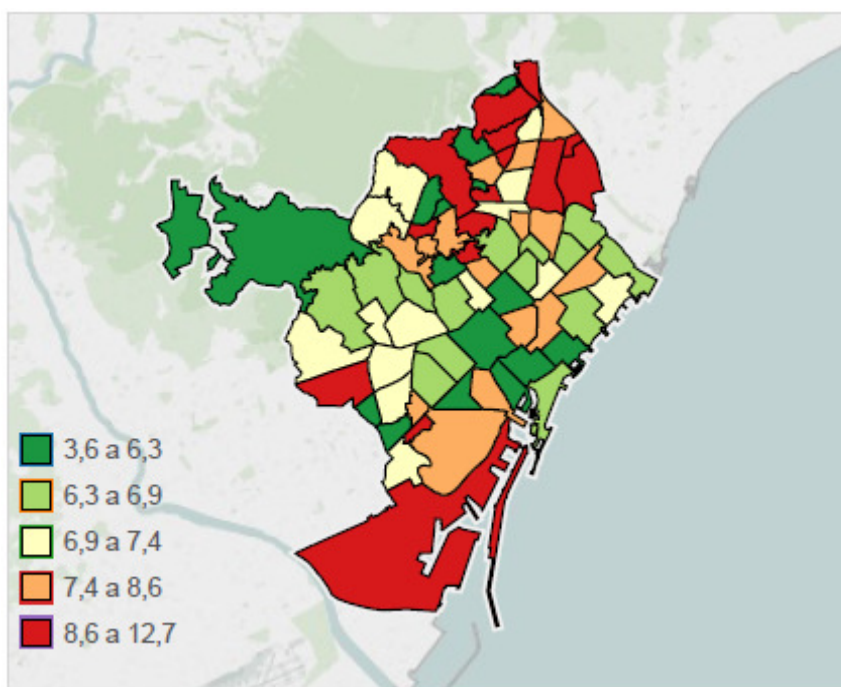
Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Figura 2. Evolució anual del baix pes en nèixer en nounats de dones en edat fèrtil segons país d'origen a Barcelona 2003-2013



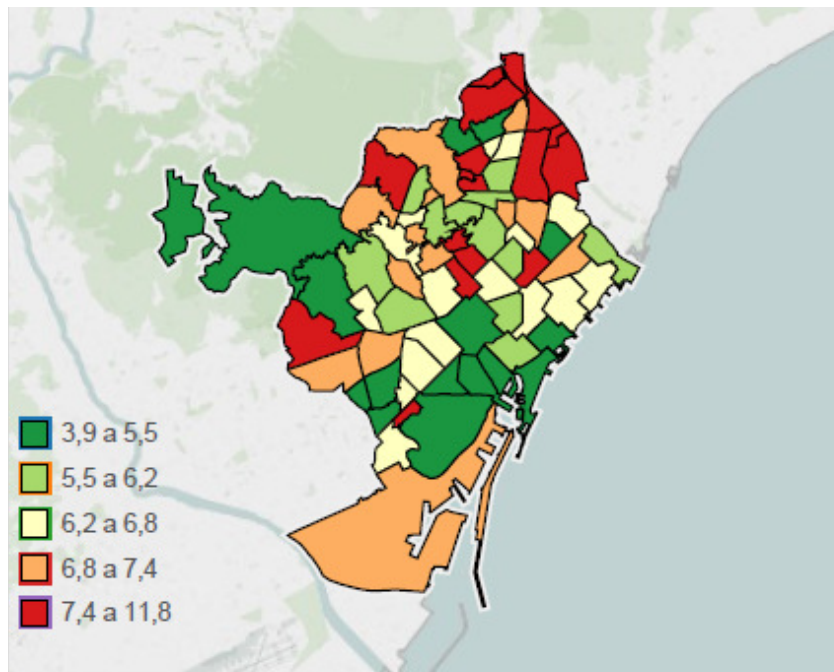
Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Figura 3. Distribució del baix pes en nèixer en nounats de dones en edat fèrtil en el barri de Barcelona, 2010-2014.



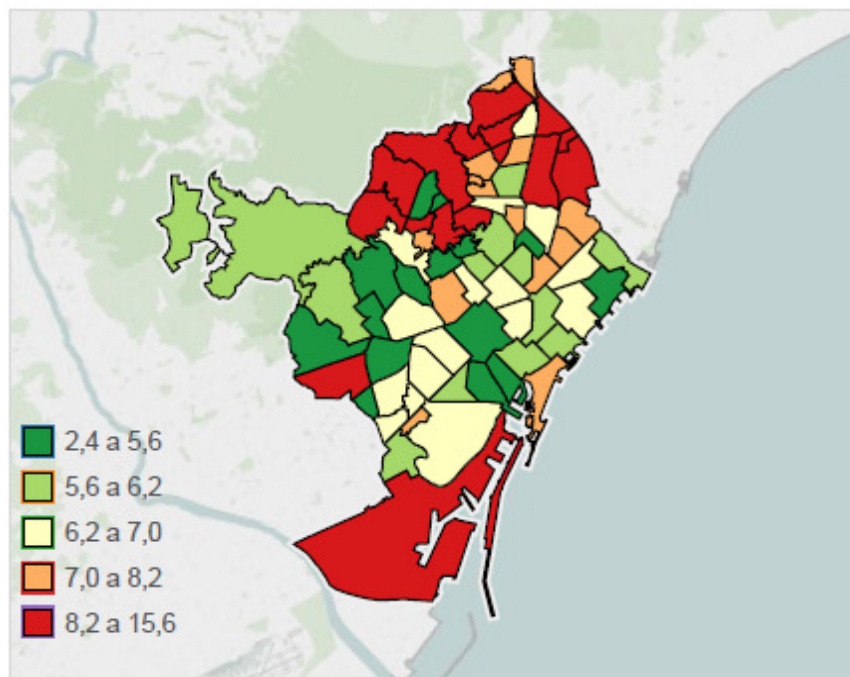
Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Figura 4. Distribució de la prematuritat en nounats de dones en edat fèrtil en el barris de Barcelona, 2010-2014.



Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Figura 5. Distribució del baix pes per l'edat gestacional en el percentil 10 en nounats de dones en edat fèrtil en el barris de Barcelona, 2010-2014.



Font: Registre de natalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

6. Mortalitat infantil i perinatal

A Barcelona, la mortalitat infantil a la ciutat de Barcelona l'any 2013 va ser de 2 per 1000 nascuts vius i mostra una tendència descendent. La mortalitat perinatal ($\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació) va ser de 3,6 per 1000 nascuts morts i vius tot i la evolució a disminuir, la distribució per districtes mostra forta diferències ja que els districtes amb pitjor nivell socioeconòmic tenen una taxa de mortalitat perinatal per sobre de la de la ciutat.

INTRODUCCIÓ

La mortalitat perinatal i infantil han estat considerats bons indicadors de la salut maternoinfantil i de l'atenció sanitària durant l'embaràs i el part, si bé en els països de renda alta, les causes més freqüents de mortalitat en el període perinatal i infantil, excloses les morts per defectes congènits, estan relacionades amb el baix pes en néixer i la prematuritat (1).

A la ciutat de Barcelona es realitza la recollida activa dels casos de mortalitat perinatal en els hospitals de la ciutat utilitzant els criteris de l'OMS i de la Federació Internacional de Ginecologia y Obstetrícia (FIGO). Seguint aquests criteris l'indicador es calcula incloent les morts fetals de pes igual o superior a 500 gr. o de 22 setmanes de gestació.

En l'Estat espanyol, inclosa Catalunya s'utilitzen requeriments legals diferents als esmentats i les morts fetals es declaren a partir dels 180 dies de gestació (aproximadament 27 o 28 setmanes de gestació). La infadecaració dels casos que genera aquesta segona definició en comparació a la utilitzada a la ciutat de Barcelona (2).

A banda, a la ciutat de Barcelona s'han descrit desigualtats per nivell d'estudis en la mortalitat perinatal, desigualtats que desapareixen quan es tenen en compte altres variables com l'edat de la mare o tenir fills previs (3).

FONTS D'INFORMACIÓ

Les fonts d'informació que s'utilitzen són:

- Registre de Mortalitat Perinatal, de la ciutat de Barcelona, de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Registre de Mortalitat de Catalunya, del Departament de Salut de Catalunya.
- Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

Per calcular la *taxa de mortalitat perinatal* s'han utilitzat dues definicions: 1) estadístiques nacionals: en el numerador s'inclouen els nascuts vius i morts i les morts fetals de $\geq 500\text{gr}$ o >22 setmanes gestació i en el denominador s'inclouen els naixements i les morts fetals de $\geq 500\text{gr}$ o >22 setmanes gestació; 2) estadístiques internacionals: en el numerador s'inclouen els nascuts vius i morts i les morts fetals de $\geq 1000\text{gr}$ o >22 setmanes gestació i en el denominador s'inclouen els naixements i les morts fetals de $\geq 1000\text{gr}$ o >22 setmanes gestació

La *taxa de mortalitat infantil* es calcula incloent en el numerador els nascuts vius que moren en el primer any de vida i en el denominador els nascuts vius.

RESULTATS

L'any 2013 la mortalitat infantil a la ciutat de Barcelona va ser de 2 per 1000 nascuts vius. Des del 2004, la taxa de mortalitat infantil de la ciutat ha mostrat una tendència descendent (Figura 1).

L'any 2013, la mortalitat perinatal ($\geq 500\text{gr}$ o >22 setmanes gestació) va ser de 3,6 per 1000 nascuts vius i morts. Entre el 2005 i el 2007 va disminuir per a establir-se en els darrers anys (Figura 1). La mortalitat perinatal segons les estadístiques internacionals ($\geq 1000\text{gr}$ o >22 setmanes gestació) mostra una evolució més semblant a la mortalitat infantil essent l'any 2013 de 2,4 per 1000 nascuts vius i morts. Que siguin tan similars la taxa de mortalitat infantil i de mortalitat perinatal de 1000 grs i més es deu a que les defuncions es produeixen en el període perinatal, ja que una vegada superada aquesta etapa no solen haver defuncions infantils.

Entre 2008 i 2013, per districtes, la mortalitat perinatal ($\geq 500\text{gr}$ o >22 setmanes gestació) mostra diferències importants: els districtes de Nou Barris, Ciutat Vella i Sant – Montjuïc tenen una taxa de mortalitat perinatal per sobre de la de la ciutat. En canvi, els districtes amb menys mortalitat perinatal són el de Sant Andreu, Sant Martí i Sarrià – Sant Gervasi (Figura 3).

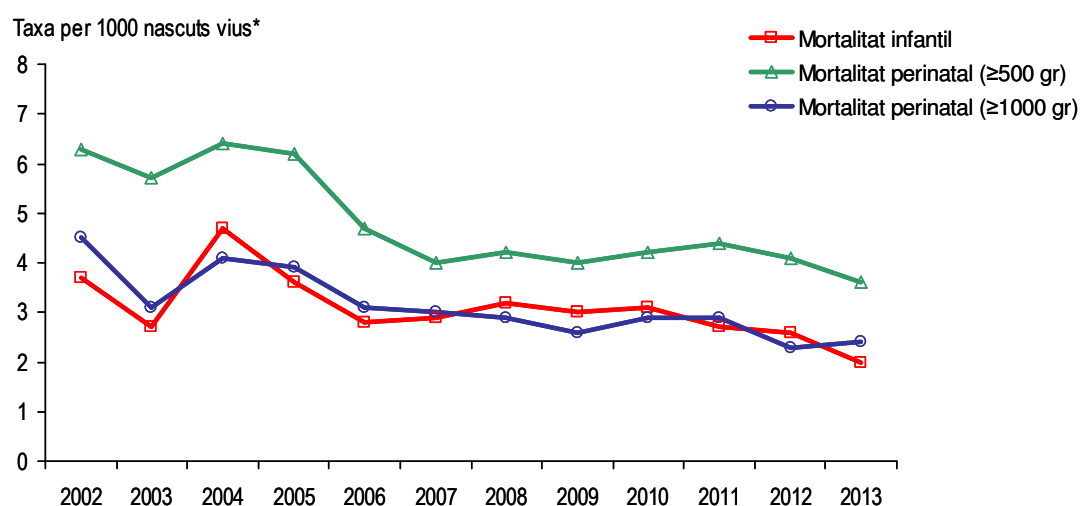
LIMITACIONS

La utilització de diferents definicions per al càlcul de la taxa de mortalitat perinatal dificulta la comparació amb els indicadors calculats a la resta de l'Estat degut a l'infraregistre de los casos de mortalitat perinatal. No obstant, aquestes definicions permeten la comparació amb les estadístiques internacionals.

REFERÈNCIES

- (1) Kramer MS, Goulet L, Lydon J, Seguin L, McNamara H, Dassa C et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. Paediatr Perinat Epidemiol. 2001;15 Suppl 2:104-23.
- (2) Ferrando J, Borell C, Ricart M, Plasència A. Infradeclaración de la mortalidad perinatal: experiencia de 10 años de vigilancia activa en Barcelona. Med Clin (Barc). 1997;108:330-5.
- (3) Borrell C, Cirera E, Ricart M, Pasarin MI, Salvador J. Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European city. Eur J Epidemiol. 2003; 18 (1): 5-13.

Figura 1. Evolució de la mortalitat infantil, de la mortalitat perinatal en Barcelona 2002-2012



*Les taxes de mortalitat perinatal és per 1000 nascuts vius i morts

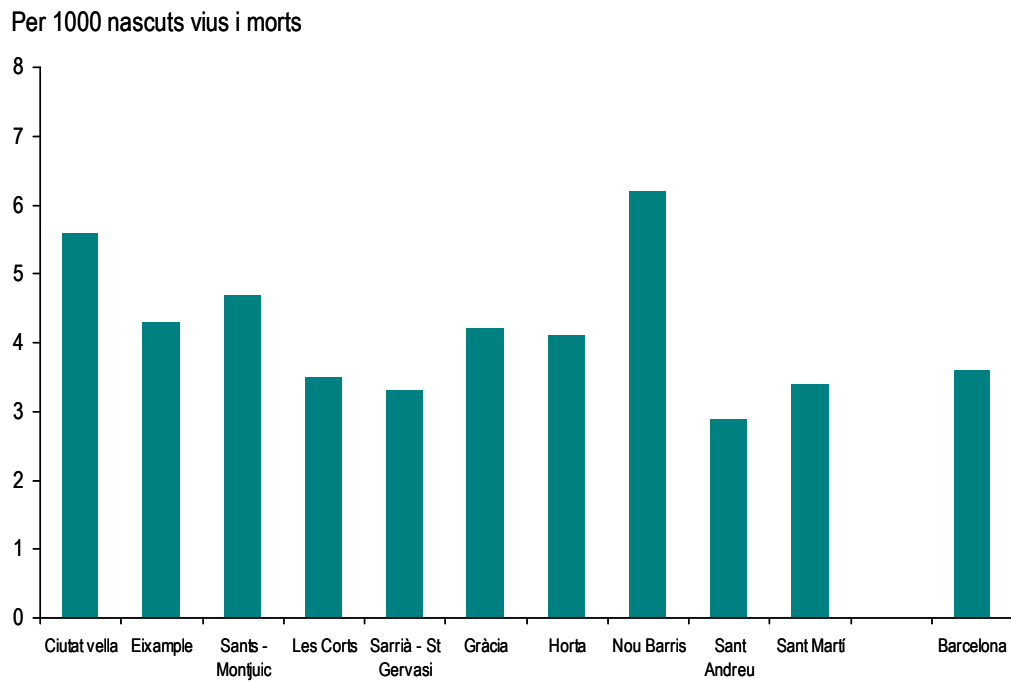
Font: Registre de Mortalitat Perinatal de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Mortalitat perinatal (estadístiques nacionals): inclouen els nascuts vius i morts i les morts fetals de ≥ 500 gr o >22 setmanes gestació

Mortalitat perinatal (estadístiques internacionals): inclouen els nascuts vius i morts i les morts fetals de ≥ 1000 gr o >22 setmanes gestació

La Mortalitat infantil inclou les morts en el primer any de vida

Figura 2. Distribució de la mortalitat perinatal ($\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació) en els districtes de la ciutat, Barcelona 2009-2013.



Font: Registre de Mortalitat Perinatal de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Atenció sanitària a l'embaràs i el part

7. Realització de cesària

A Barcelona, del total de part únics, el 33% van ser extracció per cesària.

El 45% dels parts de les dones amb cobertura sanitària privada o mixta van ser amb cesària mentre que les dones amb cobertura pública la cesària es va realitzar en un 20%.

INTRODUCCIÓ

En diverses publicacions prèvies es mostra l'excés de cesàries a la ciutat de Barcelona (1) sobretot en els centres sanitaris privats de forma similar a l'observada en altres estudis (2). La raó d'aquesta alta prevalença de cesàries apunta a la possible demanda de la mare i acords amb els professionals de la salut (3) i a possibles raons financeres dels centres.

Recentment, en les guies NICE es recull com a criteri per fer una cesària la demanda de la dona sempre que el part vaginal sigui motiu d'ansietat i malestar psicològic de la dona (4). Caldrà adequar els indicadors a aquestes noves realitats.

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

La *prevalença de part per cesària* es defineix com el percentatge de parts únics o múltiples per cesària del total dels parts i segons cobertura sanitària de la dona: pública, privada i mixta (pública i privada).

RESULTATS

En l'any 2014, el 32,7% dels parts únics van ser per cesària. La prevalença més alta de cesàries és entre les dones de 45 a 54 anys (100%) i la més baixa entre les dones de 15 a 24 anys (7,2%).

Existeixen diferències per cobertura sanitària de la dona: el 44,7% dels parts de dones amb cobertura privada o mixta cobertura eren amb extracció per cesària mentre que les dones amb cobertura pública, la cesària es realitzava en un 20% (Figura 1). En els darrers anys, s'ha produït un increment important de cesàries tant en els parts que es realitzen en dones amb

cobertura mixta i privada com en les de dones amb cobertura pública. No obstant, es mantenen les diferències entre la cobertura privada i la pública. En el cas de embarassos múltiples, la prevalença de cesària passa a ser del 95%.

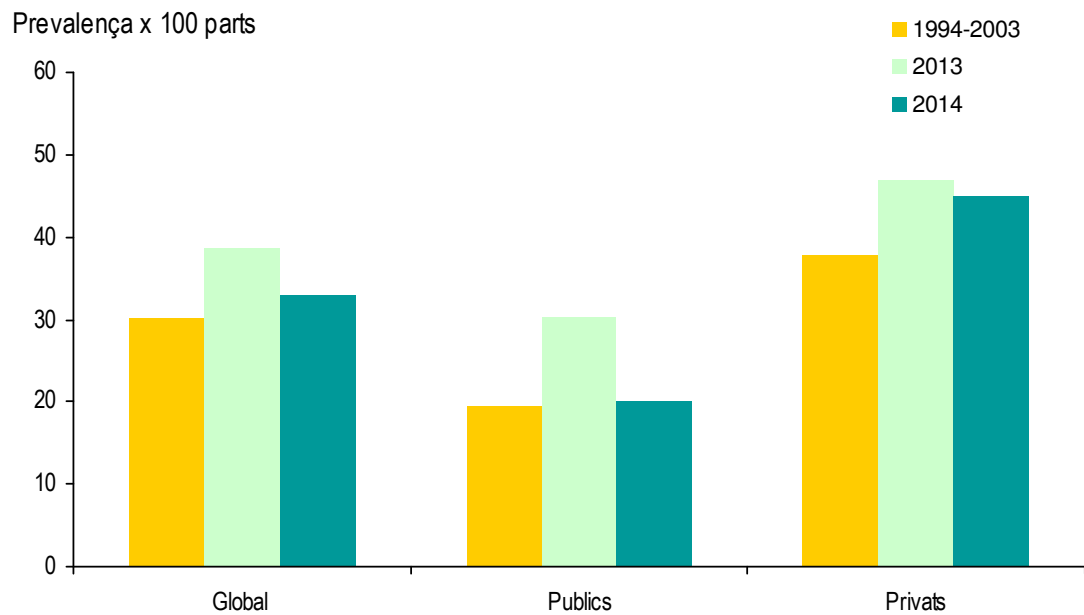
LIMITACIONS

En la nostra font d'informació no es poden distingir les cesàries primàries (parts per cesària a les dones que no han tingut un part per cesària anterior) de les cesàries de repetició (nombre de parts per cesària a les dones que han tingut un part per cesària anteriorment). Tampoc tenim informació sobre els criteris per a la realització de la cesària.

REFERÈNCIES

- (1) Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Lladonosa A, Borrell C. Inequalities in caesarean section: influence of the type of maternity care and social class in an area with a national health system. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(3):259–61.
- (2) Redondo Ana, Sáez Mercedes, Oliva Patricia, Soler Maria, Arias Antoni. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gac Sanit*. 2013; 27(3): 258-262.
- (3) Tollånes MC, Thompson JMD, Daltveit AK, Irgens LM. Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967-2004. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):840–8.
- (4) National Health Service. NICE clinical guideline 132: Caesarian Section. issued: November 2011 last modified: August 2012. Accesible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/guidance-caesarean-section-pdf>

Figura 1. Evolució de la prevalença de cesàries segons la cobertura sanitària de la dona. Barcelona 1994-2003 i 2013.



Les dades de l'any 1994-2003 la prevalença és per tipus de centres on s'ha fet el part.

Les dades de l'any 2013-2014 la prevalença es per al cobertura sanitària de la dona.

Font: les dades 1994-2003 s'han obtingut de Salvador i cols., 2009 (1)

8. Visites a obstetrícia i realització d'ecografies

L'any 2014, el nombre mitjà de visites a l'especialista en Obstetrícia va ser de 11 durant l'embaràs. La majoria de les dones embarassades (53%) fan entre 6 i 12 visites a Obstetrícia, més de 12 visites un 46%.

El nombre mitjà d'ecografies durant l'embaràs va ser de 6, fent-se de mitjana 2 ecografies per trimestre d'embaràs. Tot i això, un 15,6% de dones van fer més de 9 ecografies durant l'embaràs.

INTRODUCCIÓ

Existeix amplia bibliografia sobre l'atenció antenatal a la ciutat de Barcelona. En treballs previs ja es detectava un percentatge elevat de dones que realitzaven entre 6 i 12 visites a Obstetrícia durant l'embaràs (1) i també s'evidenciava desigualtats socials en les cures durant l'embaràs (1).

D'altra banda, a finals dels anys 90 ja hi havia un alt percentatge de dones embarassades (75%) que es feien més de tres ecografies durant l'embaràs (2).

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

El nombre de visites a l'especialista, en aquest cas Obstetrícia, es recull com a variable continua a l'enquesta. El nombre de visites s'agrupen en tres categories: menys de 6 visites, de 6 a 12 visites i més de 12 visites.

El nombre d'ecografies es recull com a variable continua a l'enquesta. El nombre de visites s'agrupen en tres categories: menys de 7 ecografies, de 7 a 9 ecografies i més de 9.

RESULTATS

Visites a obstetrícia

L'any 2014, el nombre mitjà de visites a l'especialista en obstetrícia va ser de 11,18 durant l'embaràs. La meitat de les dones embarassades (53%) fan entre 6 i 12 visites a obstetrícia. L'altra meitat en fan més de 12 (46%). Només 7 dones embarassades van fer menys de 6 visites. El 97% de les dones havien fet la primera visita a obstetrícia en el primer trimestre de l'embaràs.

Les dones amb cobertura sanitària privada i mixta (publica i privada) van tenir una prevalença més alta de realitzar més de 12 visites a obstetrícia que les dones amb cobertura pública (65% vs. 27%). Aquestes diferències no es mantenen en els embarassos múltiples, on el nombre de visites augmenten. En les dones amb un embaràs múltiple, el 77% de les que tenen cobertura privada i mixta van visitar més de 12 vegades a obstetrícia mentre que les dones que tenen cobertura pública, 86% van visitar més de 12 vegades obstetrícia.

Realització d'*ecografies*

El nombre mitjà d'*ecografies* durant l'embaràs va ser de 7, fent-se de mitjana 2,3 *ecografies* per trimestre d'embaràs, xifra que es manté estable des de la darrera dècada (Figura 1). L'any 2014, les dones amb cobertura mixta i privada en fan 9 *ecografies* de mitjana mentre que les dones amb cobertura pública es fan 5 *ecografies* de mitjana durant l'embaràs. El 33% de dones van fer més de 9 *ecografies* durant l'embaràs. Les dones amb cobertura sanitària privada i mixta (publica i privada) van tenir una prevalença més alta de realitzar més de 9 *ecografies* que les dones amb cobertura pública (55% vs 10%). Aquestes diferències es mantenen tot i tenint en compte els embarassos múltiples, on el nombre d'*ecografies* augmenten. En les dones amb un embaràs múltiple, el 86% de les que tenen cobertura privada i mixta es van fer més de 9 *ecografies* mentre que les dones amb cobertura pública van ser 57%.

LIMITACIONS

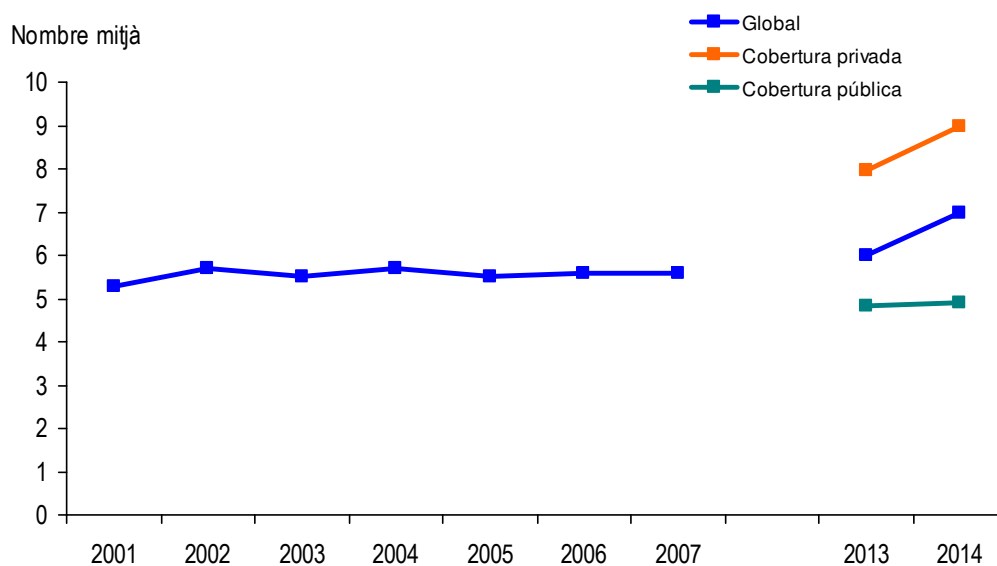
Es desconeixen els casos en que en realitat estava indicat un major control ecogràfic o major nombre de visites a Obstetrícia.

REFERÈNCIES

- (1) Cano-Serral G, Rodriguez-Sanz M, Borrell C, Perez M del M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gac Sanit. 2007;20(1):25–30.
- (2) Salvador J, Cunillé M, Lladonosa A, Ricart M, Cabré A, Borrell C. Características de las gestantes y control prenatal en Barcelona 1994-1999. Gac Sanit [Internet]. 2001 [cited 2014 Nov 26];15(3):230–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11423027> .

(3) Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona. Informe anual 2008. Accessible a:
http://www.aspb.cat/quefem/docs/REDCB_WEB_2008.pdf

Figura 1. Evolució del nombre mitjà d'ecografies durant l'embaràs global i segons cobertura a la ciutat de Barcelona , 2001-2007 i 2013.



Font: Les dades dels anys 1992 fins 2007 s'han obtingut del Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona. Informe anual 2008 (3).

9. Lactància materna

L'any 2014, 88,2% de les mares tenien intenció de fer lactància materna. En les mares amb cobertura privada i mixta, la intenció de fer lactància materna va ser és de 86,6% i entre els mares amb cobertura publica la intenció de fer lactància materna va ser del 89,8%.

INTRODUCCIÓ

La iniciació de la lactància materna a l'hospital es considera un indicador d'una atenció sanitària de qualitat (1). A Barcelona no existeixen indicadors publicats sobre aquest aspecte de la salut infantil.

DEFINICIÓ DELS INDICADORS

La prevalença de la intenció de fer lactància materna es defineix com el percentatge de mares que declaren estar d'acord en fer lactància materna.

FONTS D'INFORMACIÓ

Enquesta de salut maternoinfantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

RESULTATS

En l'any 2014, el 88,2% de les mares tenen intenció de fer lactància materna del nadó. De les que no tenen intenció de fer-ne (11,8%), la majoria (61,1%) van declarar tenir problemes i altres raons per no fer lactància materna i la resta de dones declarava preferir la lactància no materna i la resta de dones (38,9%) També hi ha diferències entre les mares amb cobertura sanitària privada i mixta i les que tenen cobertura pública. En les primeres, la prevalença d'intenció de fer lactància materna és de 86,6% i entre els segones del 89,8%.

LIMITACIONS

Es desconeix la lactància materna real i el temps durant el qual s'ha fet.

REFERÈNCIES

- (1) Río I, Castelló-Pastor A, Del Val Sandín-Vázquez M, Barona C, Jané M, Más R, Rebagliato M, Bolúmar F. Breastfeeding initiation in immigrant and non-immigrant women in Spain. *Eur J Clin Nutr.* 2011;65(12):1345-7.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

